Lane Medical Library

Aus der Orthopädischen Klinik der Universität Heidelberg
(Direktor: Professor Dr. H. Ritter von Baeyer)

Die geographische Verbreitung der Krüppelleiden in Baden.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der Badischen Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg vorgelegt von

Paul Georg Döring

aus Angermünde.

Buchdruckerei der Landeszeitung, Neustrelitz

1932

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg

Dekan:
Prof. Dr. Siebeck

Referent:
Prof. Dr. v. Baeyer

1932

Die bisherigen statistischen Erfassungen der „Gebrechlichen“ in Baden haben sich meistens nur auf eine Art von Gebrechen erstreckt. Bei den jeweiligen Zählungen wurden entweder Blinde, Taubstumme, „krüppelhafte Kinder“ oder Geisteskranke ermittelt. Eine allgemeine Zählung aller Gebrechlichen in Baden fand im Jahre 1925 statt. Das Badische Statistische Landesamt, dem bei der Prüfung des Zählungsmaterials und der Bearbeitung der Veröffentlichung „Die Gebrechlichen in Baden“ Herr Dr. med. Anton Schatz als beratender Arzt zur Seite stand, übergab die Ergebnisse dieser Zählung im Jahre 1928 der Oeffentlichkeit. Nach dieser Veröffentlichung und nach den statistischen Arbeiten aus der Krüppelfürsorge von Prof. Dr. Valentin und Dr. med. Tillmanns, Sanitätsrat Dr. Möhring und Dr. med. Hellmuth Eckhardt erschien es uns wichtig, die „echten“ Krüppelleiden in Baden in statistisch auswertbarer Vollzähligkeit zu erfassen. Dies ist uns heute nach fast 8 Jahren möglich, nachdem seit 1924 in Baden eine systematische Krüppelfürsorge betrieben wird.

Auf den Wert statistischer Untersuchungen für die Krüppelfürsorge und Orthopädie ist bereits in den früheren Arbeiten hingewiesen worden. Wir bekommen durch die statistische Auswertung des bei der Krüppelfürsorge sich ansammelnden Materials Aufschluß über die Häufigkeit der einzelnen Krüppelleiden, über deren geographische Verbreitung, über die Verteilung auf die Geschlechter und die verschiedenen Stämme und Rassen.

Das untersuchte und registrierte Material erstreckt sich auf den Zeitraum vom 1. Januar 1924 bis 1. November 1931 und umfaßt insgesamt

5591 Krüppelfälle.

Sämtliche Fälle sind fachärztlich untersucht worden. Es wurde bei der Zählung und Registrierung selbstverständlich dafür gesorgt, daß kein Krüppel doppelt gezählt ist. Bei der

Rubrizierung der einzelnen Fälle wurde sich an das von B. Valentin und W. Tillmanns in ihrer Arbeit „Der Wert statistischer Erhebungen in der Krüppelfürsorge, erläutert an dem Beispiel der Provinz Hannover“ vorgeschlagene Schema gehalten, da es uns ebenso wie jenen notwendig erschien, daß alle späteren statistischen Untersuchungen dieser Art sich dieselbe Einteilung zu eigen machen; durch die damit gegebene Vergleichbarkeit der Statistiken aus den verschiedenen Gegenden des Reiches sind interessante Aufschlüsse zu erwarten.

Zu den einzelnen Krankheitsrubriken der Tabellen ist folgendes zu sagen:

Bei „Angeborene Leiden“ sind nicht rubriziert die angeborenen zerebralen Lähmungen, da sich bei ihnen der angeborene Charakter nicht immer einwandfrei feststellen läßt. Zu „Rachitis“ sind alle Skoliosen gerechnet, die sich nicht als angeborene oder paralytische erwiesen, obgleich man sich im klaren darüber sein muß, daß nicht alle Skoliosen auf Rachitis zurückzuführen sind. Unter „Kinderlähmung“ sind alle Fälle von Poliomyelitis anterior zusammengefaßt, ganz abgesehen davon, ob ein oder mehrere Muskel von der Krankheit befallen sind. „Zerebrale Lähmung“ sind Krankheitsformen verschiedener Aetiologie und Symptomatologie, denen allen eine durch Gehirnschädigung bedingte spastische (zerebrale) Lähmung gemeinsam ist (hemiplegische, diplegische, paraplegische und mit extrapyramidalen Symptomen komplizierte Formen). Unter dem Begriff „Tuberkulose“ sind alle tuberkulösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke zu verstehen. Die Rubrik „Uebrige Leiden“ faßt zusammen: Unfälle, Verletzungen, Verbrennungen, Narbenkontrakturen, Osteomyelitiden, Folgen von Gelenkvereiterungen, ferner Muskel- und Bindegewebsschwächen, zu denen Rundrücken, Plattfüße usw. zu rechnen sind. Letztere aber nur dann, wenn eine Genese nicht einwandfrei bekannt ist, die unter einer anderen Rubrik geführt ist.

Das Alter der in der Arbeit registrierten, durch die Krüppelfürsorge erfaßten Fälle ist das 1. bis 18. Lebensjahr. Nur unter „Uebrige Leiden“ sind über 18 Jahre alte, in den meisten Fällen durch Unfall bedingte Gebrechliche eingereiht. Diese Rubrik bietet uns kein gutes objektives Bild, da aus ihr viel Material den Universitätskliniken und Krankenanstalten zufließt. Aus diesem Grunde erscheint sie uns für die Ergebnisse der Arbeit unwesentlich und wird für die Tabellen nicht immer berücksichtigt.

In dem Zeitraum von fast 8 Jahren sind in Baden 5591 Fälle durch die Krüppelfürsorge erfaßt worden. Die einzelnen Krüppelleiden verteilen sich prozentual auf ihre Gesamtzahl in folgender Reihenfolge:

1. Rachitis	1154	Kranke	= 20,64%	aller Krüppel
2. Angeborene Leiden . .	1146	„	= 20,49%	„ „
3. Kinderlähmung . . .	969	„	= 17,33%	„ „
4. „Uebrige Leiden“ . .	933	„	= 16,68%	„ „
5. Tuberkulose	880	„	= 15,74%	„ „
6. Zerebrale Lähmung . .	509	„	= 9,10%	„ „

An dieser Stelle möchte ich zum Vergleich aus der Arbeit von B. Valentin und W. Tillmanns die prozentuale Verteilung der Krüppelleiden in der Provinz Hannover anführen:

1. Rachitis	21,6%	aller Krüppel
2. Angeborene Leiden .	21,1%	„ „
3. Kinderlähmung . . .	10,4%	„ „
4. „Uebrige Leiden“ . .	30,4%	„ „
5. Tuberkulose	10,0%	„ „
6. Zerebrale Lähmung .	6,3%	„ „

Beim Vergleich der beiden Tabellen geht hervor, daß die Rachitis und die angeborenen Leiden in Baden und Hannover ungefähr gleich prozentual verteilt sind. Die Kinderlähmung stellt in Baden einen viel größeren Prozentsatz dar, der sich aus den häufigen Epidemien in Baden während der letzten Jahre erklären läßt. Einen ebenso höheren Prozentsatz haben die Tuberkulose und die zerebrale Lähmung, während die „Uebrigen Leiden“ in Baden nur fast halb so häufig sind wie in Hannover.

Die prozentuale Verteilung der einzelnen Krüppelleiden in Baden ergibt graphisch dargestellt folgendes Bild (siehe Tabelle Nr. 1). Die Darstellung der „Uebrigen Leiden“ ist in der Tabelle unterblieben, da dieselben, wie oben betont, für die Arbeit unwesentlich sind.

Sämtliche Krüppel restlos zu erfassen, ist, das sei an dieser Stelle betont, nicht möglich. Der Grund hierfür ist die in den einzelnen Amtsbezirken verschieden intensiv betriebene Krüppelfürsorge. Schlecht erfaßt sind die Amtsbezirke Freiburg und Emmendingen, da dies Material in den ersten Jahren statistisch nicht bearbeitet werden konnte. Unfallkranke z. B. sind gerade in diesen Bezirken vereinzelt aufgenommen. Um diese Fehler, welche zu kleine absolute Zahlen ergeben, möglichst zu ver-

meiden, sind unseren Berechnungen nicht die 40 badischen Amtsbezirke zugrunde gelegt worden, sondern die 4 badischen Landeskommissärbezirke: Freiburg, Karlsruhe, Konstanz und Mannheim, auf die sich die einzelnen Krüppelleiden folgendermaßen verteilen (siehe Tabelle Nr. 2).

In dieser Tabelle sind die Einwohnerzahlen der Landeskommissärbezirke und des ganzen Landes Baden lediglich als Vergleichsmöglichkeit angegeben. Denn mehr als eine Vergleichsmöglichkeit darf darin nicht gesucht werden, da unser Material zum größten Teil jugendliche Personen umfaßt, was bei der Einwohnerzahl unberücksichtigt blieb. Absichtlich wurde die Geschlechtertrennung vorgenommen, um zu sehen, ob die einzelnen Leiden sich gleichmäßig auf die Geschlechter verteilen. Eine beachtliche Beteiligung des einen Geschlechtes an einem Krüppelleiden sieht man nur bei der Rachitis, bei der das weibliche Geschlecht viel häufiger vertreten ist.

Bei der Betrachtung der Krankheitszahlen in den vier Landeskommissärbezirken ohne Berücksichtigung der geschlechtlichen Unterschiede sehen wir folgende Prozentsätze, die wieder auf die Gesamtkrüppelzahl der einzelnen Landeskommissärbezirke berechnet sind (siehe Tabelle Nr. 3).

Aus der Tabelle geht deutlich hervor, daß in den nördlicher gelegenen Bezirken Karlsruhe und Mannheim die Rachitis häufiger vorkommt als im Süden, umgekehrt in den südlicher gelegenen Bezirken des Landes, Freiburg und Konstanz, die Tuberkulose häufiger als im Norden. Die angeborenen Leiden, die Kinderlähmungen und zerebralen Lähmungen verhalten sich prozentual in den vier Bezirken ungefähr gleich. Wir finden also in den einzelnen Bezirken ein gewisses Schwanken im Auftreten der einzelnen Krüppelleiden. Schon lange ist in der medizinischen Wissenschaft bekannt, daß einzelne Krankheiten in gewissen Teilen Deutschlands besonders gehäuft auftreten. Man denke nur an das Kropfleiden, je nachdem ob man seine Beobachtungen im Gebirge oder in der Tiefebene macht. Oder, um bei den Krüppelleiden zu bleiben, an die häufigste aller angeborenen Verbildungen, an die kongenitale Hüftluxation. Wir kommen damit auf ein Gebiet, welches auch von anderer medizinischer Seite schon bearbeitet wurde, nämlich die „geographische Pathologie“ (Askanazy), zu der die geographische Gestaltung des Landes, der Einfluß des Klimas auf die Entstehung von Krankheiten zu rechnen ist. Ueber das

Geographische hinaus können wir durch die Statistik interessante Einblicke erhalten über die Verteilung der einzelnen Krüppelleiden bei den verschiedenen Stämmen und Rassen, wozu allerdings die statistischen Erhebungen auch auf andere Länder ausgedehnt werden müssen. Die Grundbedingung hierfür ist durch die im Jahre 1929 gegründete „Internationale Vereinigung für Krüppelfürsorge" gegeben.

Kann man nun aus der Struktur des Landes Baden irgendwelche Rückschlüsse ziehen, wenn man das Schwanken im Auftreten der Krüppelleiden in den einzelnen Landeskommissärbezirken berücksichtigt?

Baden ist keineswegs einheitlich gestaltet. Es gehört größtenteils zum süddeutschen Berg- und Hügelland, zum kleineren zur oberrheinischen Tiefebene. Etwa 44 % der Gesamtfläche ist gebirgig, 40 % hügelig und 16 % eben. Die wechselnde Oberflächengestaltung des badischen Landes bedingt große Verschiedenheiten des Klimas, je nach der Lage einer Landschaft in der Ebene oder im Gebirge; neben den Unterschieden des Klimas, die im wesentlichen von der Höhe abhängig sind und in der Rheinebene und im Hochschwarzwald in Bezug auf Temperatur und Niederschlag am größten sind, gibt es eine Reihe von Schattierungen im Klimacharakter, die durch die örtlichen Lageverhältnisse, wie Tal-, Berg- oder Plateaulage, Luv- oder Leeseite der Gebirge verursacht sind.

Die Bevölkerung, die fast alle Zweige der menschlichen Arbeitstätigkeit betreibt, ist hinsichtlich Rassenzusammensetzung nach Angaben von Fehrle keineswegs einheitlich. Während im Süden Badens der alemannische Volksstamm verbreitet ist, finden wir im Norden den fränkischen Volksstamm. Die Grenze der beiden Volksstämme verläuft zwischen Rastatt und Karlsruhe.

Die ursprüngliche Rasse, die Praekelten, hat sich nach Eugen Fischer noch ziemlich rein erhalten bis auf den heutigen Tag in den engen Tälern des Schwarzwaldes. Die jeweiligen Eroberer legten auf den Besitz der engen, unfruchtbaren, unwirtschaftlichen Täler keinen Wert. Sie siedelten sich in der Ebene, in den breiteren Tälern und auf der Hochebene an und drängten die vorherigen Besitzer in die engen Täler zurück oder unterjochten sie. Es erfolgte für die Bewohner der engen Täler Rasseninzucht. Noch heute lassen sich deutliche Merkmale und Rassenunterschiede herausfinden. In den engen Tälern finden wir einen kleinen, untersetzten, dunkelhaarigen und rund-

köpfigen Menschenschlag, der nicht germanischer Herkunft ist, auf der Hochebene und in den breiteren Tälern germanische Rasse, groß, blond, kräftig, mit ausgesprochenem Langschädel. Das germanische Element herrscht auch in der Rheinebene, in der Donau- und Seegegend und im Norden Badens am reinsten vor.

An eine Reinhaltung der Rasse war in Baden nicht zu denken. Die Rheinebene war von jeher Verkehrsstraße. Handels- und Kriegszüge durchzogen sie von Nord nach Süd und umgekehrt. Die Gegend ist und war fruchtbar. Schon deshalb trachtete jeder danach, sie in seinen Besitz zu bringen. Von jeher war sie ein Zankapfel der Völker und wechselte häufig genug ihren Besitzer. Wie oben erwähnt, saßen hier zuerst die Praekelten, die von den Kelten verdrängt wurden. Letztere wurden von den Germanen besiegt und vertrieben, dann herrschte einige Zeit der Römer hier, um den anstürmenden Germanen wieder weichen zu müssen. Selbst in den letzten Jahrhunderten kam immer wieder fremdes Blut herein durch die Streitigkeiten zwischen Deutschen und Franzosen. Jeder besiegte Volksstamm ließ einige Volksbestandteile zurück, der sich im Laufe der Zeiten mit dem Volk der Sieger vermischte. Doch sitzt jetzt eine Bevölkerung hier, in der das germanische Element stark vorherrscht, im Süden der alemannische Volksstamm, im Norden der fränkische.

Für die weitere Statistik wurde nun eine dementsprechende Einteilung des Landes Baden gewählt, nicht wie bisher nach Landeskommissärbezirken. Sie schließt sich mehr den natürlichen Verhältnissen an und richtet sich nach der Gruppierung der Bevölkerung gemäß ihrer Stammesunterschiede, sodann nach der geographischen Gestaltung der einzelnen Gegenden, insbesondere nach der Höhenlage. Kleine Fehler müssen wir allerdings dabei unberücksichtigt lassen, da einige Bezirke, besonders der südlichen Rheinebene, vor allen Freiburg und Emmendingen, größtenteils der Rheinebene, zum kleineren dem Schwarzwald angehören. Es sind dies nun andererseits die von der Krüppelfürsorge weniger gut erfaßten Bezirke, die für unsere Feststellungen doch nur einen kleinen Prozentsatz darstellen.

Die Verschiedenheit der Volksstämme und die geographische Gestaltung des Landes bedingte eine Grundeinteilung in folgende Landesgegenden:

1. „Nordwestlicher Teil“ (nördlicher Teil der Rheinebene)
2. „Nordöstlicher Teil“
3. „Pfinz- und Kraichgau“
4. „Südlicher Teil der Rheinebene“
5. „Schwarzwald“
6. „Donau- und Seegegend“

Der nordwestliche Teil erstreckt sich über die Amtsbezirke Bruchsal, Wiesloch, Heidelberg, Weinheim und Mannheim. Die Bevölkerung ist vorwiegend pfälzisch. Die Pfälzer gehören zum fränkischen Volksstamm. Geologisch gehört der Teil größtenteils der Rheinebene an. Den nordöstlichen Teil bilden die fünf nordöstlichsten Amtsbezirke des Landes zwischen Neckar und Main. Es ist das „badische Franken“. Der fränkische Volksstamm ist hier am reinsten vertreten. Zu ihm gehören der Odenwald und das Bauland. Der Pfinz- und Kraichgau, zu denen die Bezirke Sinsheim, Bretten und Pforzheim gehören, hat größtenteils Hügelcharakter. Die Bevölkerung ist zum großen Teil fränkischer Abstammung. Doch hat nach **Krieger** hier während der letzten Jahrhunderte eine starke Zuwanderung aus der Schweiz stattgefunden. In den drei letztgenannten Landesgegenden herrscht das alemannische Element stark vor.

Auf die sechs Landesgegenden verteilen sich die einzelnen Krüppelleiden zahlenmäßig folgendermaßen:

I. Nordwestlicher Teil.

Angeborene Leiden	280	Krüppel:	23,9%	all. Krüppel	dies.	Gegend
Rachitis	272	„	23,2%	„	„	„
Kinderlähmung . .	185	„	15,8%	„	„	„
Zerebrale Lähmung	96	„	8,2%	„	„	„
Tuberkulose . . .	140	„	11,9%	„	„	„
„Uebrige Leiden“ .	198	„	16,9%	„	„	„

II. Nordöstlicher Teil.

Angeborene Leiden	99	Krüppel:	19,7%	all. Krüppel	dies.	Gegend
Rachitis	93	„	18,5%	„	„	„
Kinderlähmung . .	86	„	17,1%	„	„	„
Zerebrale Lähmung	51	„	10,2%	„	„	„
Tuberkulose . . .	56	„	11,2%	„	„	„
„Uebrige Leiden“ .	116	„	23,2%	„	„	„

III. Pfinz- und Kraichgau.

Angeborene Leiden	134	Krüppel:	20,4%	all. Krüppel	dies.	Gegend
Rachitis	152	„	23,1%	„	„	„

Kinderlähmung . .	123	Krüppel:	18,7 %	all. Krüppel	dies.	Gegend
Zerebrale Lähmung	61	„	9,3 %	„	„	„
Tuberkulose . . .	95	„	14,4 %	„	„	„
„Uebrige Leiden" .	92	„	14,0 %	„	„	„

IV. Südlicher Teil der Rheinebene.

Angeborene Leiden	383	Krüppel:	20,1 %	all. Krüppel	dies.	Gegend
Rachitis	402	„	21,2 %	„	„	„
Kinderlähmung . .	340	„	17,8 %	„	„	„
Zerebrale Lähmung	170	„	8,9 %	„	„	„
Tuberkulose . . .	333	„	17,5 %	„	„	„
„Uebrige Leiden" .	272	„	14,4 %	„	„	„

V. Schwarzwald.

Angeborene Leiden	127	Krüppel:	16,6 %	all. Krüppel	dies.	Gegend
Rachitis	140	„	18,3 %	„	„	„
Kinderlähmung . .	125	„	16,4 %	„	„	„
Zerebrale Lähmung	70	„	9,2 %	„	„	„
Tuberkulose . . .	158	„	20,7 %	„	„	„
„Uebrige Leiden" .	143	„	18,7 %	„	„	„

VI. Donau- und Seegegend.

Angeborene Leiden	123	Krüppel:	20,5 %	all. Krüppel	dies.	Gegend
Rachitis	95	„	15,9 %	„	„	„
Kinderlähmung . .	110	„	18,3 %	„	„	„
Zerebrale Lähmung	61	„	10,2 %	„	„	„
Tuberkulose . . .	98	„	16,3 %	„	„	„
„Uebrige Leiden" .	112	„	18,7 %	„	„	„

Graphisch dargestellt ergeben die obigen Prozentzahlen folgendes Bild (siehe Tabelle Nr. 4).

Was können wir dieser Darstellung entnehmen? Die höchste Prozentzahl der Rachitis haben die nördlich und westlich gelegenen Gegenden Badens aufzuweisen, insbesondere die Rheinebene, der Pfinz- und Kraichgau. Es sind dies gerade die Teile Badens, in denen, wie oben erwähnt, die Rasse am wenigsten rein blieb. Fritz Lenz schreibt in „Erblichkeitslehre und Rassenhygiene": „Von den Diathesen des Säuglings- und Kleinkindesalters steht es fest, daß sie im wesentlichen erblich bedingt sind . . . .; zur Manifestation dieser Diathesen tragen freilich auch äußere Schädlichkeiten bei. Dasselbe gilt unzweifelhaft von der Rachitis . . . . Die Entstehung der Rachitis wird zwar wesentlich begünstigt durch Mangel an Sonnenlicht und Bewegung sowie durch unzweckmäßige Nahrung (Ueber-

fütterung mit Fett) und das Fehlen akzessorischer Nährstoffe; in erster Linie aber werden Häufigkeit und Schwere der Rachitis nach v. Pfaundler durch die erbliche Veranlagung bestimmt".

Welche „äußeren Schädlichkeiten" könnten für das häufige Auftreten der Rachitis in diesen Gegenden in Frage kommen? Diese Gegenden sind hauptsächlich die der Ebene, in der die großen Städte mit ihrer armen Bevölkerung liegen. Die Bevölkerungsdichte auf 1 qm ist hier größer als in den übrigen Teilen Badens. Mehr als woanders fehlt es hier an frischer Luft, an genügender Besonnung. Wir dürfen wohl nicht fehlgehen, dies als einen schädigenden Einfluß auf den wachsenden kindlichen Organismus im Sinne der Domestikationstheorie der Rachitis zu deuten.

Die angeborenen Leiden verteilen sich prozentual ungefähr gleich über die einzelnen Gegenden. Die einzige Zahl, die beachtlich über dem Durchschnitt bleibt, ist im nordwestlichen Teil, in der Mannheimer Gegend zu finden. Bei der Untersuchung und Registrierung des Materials dieser Gegend fiel unter den angeborenen Leiden wegen der Häufigkeit des Auftretens, besonders um Schwetzingen, das Fehlen und die Verkümmerung von Gliedmaßen auf.

Die Zahlen der zerebralen und Kinderlähmung sind in der prozentualen Verteilung in den einzelnen Gegenden fast gleich. Sie bewegen sich um die Durchschnittszahl; man kann sie deswegen aus dem weiteren Vergleich ausschließen.

Die Tuberkulose hat in der prozentualen Verteilung der Krüppelleiden über die einzelnen Gegenden die größten Schwankungen zu verzeichnen. Zur besseren Anschauung möge die folgende graphische Darstellung dienen (siehe Tabelle Nr. 5).

In dieser Tabelle finden wir den Schwarzwald als einzige Gegend mit einer beachtlich über dem Durchschnitt bleibenden Prozentzahl. Nach M. Thiemisch und G. Bessau (in Feer's „Lehrbuch der Kinderheilkunde") ist „die Tuberkuloseverhütung im Kindesalter im wesentlichen eine Frage der Wohnungshygiene und des hygienischen Verhaltens der tuberkulösen Erwachsenen in der Umgebung des Kindes". Die Disposition zur Erkrankung — Erkrankung ist keineswegs gleichbedeutend mit Infektion — wird also begünstigt durch schlechte hygienische Verhältnisse. Wie sind diese nun in den Scharzwaldhäusern?

Der Schwarzwald hat Luft und Licht wohl in erster Güte, in den Wohnhäusern aber findet man sie nicht. Einmal ist die Bauweise mit dem tief zur Erde führenden oder weit vorspringendem Dach schuld daran. Dann sind die Stuben sehr niedrig, damit sie sich gut heizen lassen. Die Fenster sind zwar zahlreich aber klein. Meist ist nur ein Teil derselben als Schiebfenster zum Oeffnen eingerichtet, und selbst dieses bleibt das ganze Jahr hindurch geschlossen. Nicht mit Unrecht ist das Scherzwort geprägt worden: „Im Schwarzwald ist die Luft deshalb so rein, weil der Bauer sein Fenster nicht öffnet".

An den genannten Uebeln leiden am meisten die Schlafkammern. Ist die Wohnstube im allgemeinen auch freundlich und hell, so mangelt es in jenen fast durchweg an Luft, Licht und Sonne. Ja oftmals ist die Schlafkammer ohne Fenster ins Freie. Man findet sehr häufig eine Ueberfüllung der Schlafräume, und in den seltensten Fällen hat jedes Familienmitglied sein eigenes Bett.

Die Betrachtung der Wohnungsverhältnisse im Schwarzwald zeigt, daß die Hygiene im allgemeinen im Argen liegt. Die Frage — wie steht es mit der Reinlichkeit auf dem Lande — könnte man oft dahin beantworten: Im Stalle gut, in den Stuben schlecht, am eigenem Leibe am schlechtesten. Wo kein Licht, da auch keine Reinlichkeit. Man reinigt die Stuben nicht gern trotz der Unsitte des Bodenspuckens; man liebt das viele Wasser nicht.

Wenn das heranwachsende Kind auch, sobald es laufen kann, sich viel im Freien bewegt, so ist der Säugling doch lange Zeit in dumpfe Wohnungen gebannt, der Obhut der alten Leute, die sich mit Vorliebe am warmen Ofen aufhalten, anvertraut. Durch das Herumkriechen der Kinder auf dem schmutzigen Fußboden und das In-den-Mund-stecken beschmutzter Gegenstände oder der beschmutzten Hände wird so nicht selten der durch die schlechten hygienischen Wohnungsverhältnisse zur tuberkulösen Erkrankung disponierende kindliche Organismus infiziert im Sinne der sogenannten „Schmutz- oder Schmierinfektion" der Tuberkulose.

Auch ein anderes Moment ist hier, wie oben erwähnt, stärker als in den übrigen Teilen Badens, die Inzucht. Die Heirat unter Verwandten kommt hier, besonders in den engen Tälern, häufig vor. Wir finden eine durch äußere schädigende Einflüsse und Inzucht geschwächte Konstitution.

Die Arbeitsverhältnisse sind hier besonders schwere. Zwar gibt es Großbauern, deren Kinder vor allzu schwerer Arbeit bewahrt werden, aber die Mehrzahl der Bevölkerung ist arm. Den Frauen und Kindern liegt die Bestellung des Ackers ob, und das auf einem Gelände, so steil und unwirtlich, daß es fast unmöglich erscheint, noch Ackerbau zu treiben. Je schwieriger das Gelände, desto größer die Anforderungen an den menschlichen Körper, vor allem an den wachsenden Körper des Kindes.

Eine kritische Beurteilung dieser Momente stützt verschiedene Theorien über die Aetiologie der Tuberkulose, resp. deren Begünstigung und erklärt uns das gehäufte Auftreten dieses Krüppelleidens im Schwarzwald.

Beim Vergleich der prozentualen Verteilung der einzelnen Krüppelleiden in Baden und Hannover können wir am Ende unserer Ausführungen feststellen, daß die prozentuale Beteiligung von Rachitis und angeborenen Leiden für ganz Baden ungefähr die Gleiche ist wie in Hannover. Der höhere Prozentsatz der Kinderlähmung in Baden erklärt sich aus den häufigen Epidemien während der letzten Jahre. Daß die Tuberkulose so stark überwiegt, besonders im Schwarzwald eine so hohe Prozentzahl erreicht, muß im ersten Augenblick überraschen, zumal ja allgemein die Ansicht besteht, daß Höhenluft für den Verlauf der Tuberkulose günstig ist. Wir können das vermehrte Auftreten erklären, einmal durch die Beurteilung vom wohnungshygienischen Standpunkt (schlechte Wohnungsverhältnisse der Schwarzwaldbauern), das andere Mal vom rassenhygienischen Standpunkt: Baden ist in früheren Zeiten ein ausgesprochenes Durchgangsland und einem ständigen Wechsel von Rassen unterworfen gewesen. Es resultiert ein nicht reinrassiges Mischvolk, das durch soziale Lage (schwere körperliche Arbeit der Schwarzwälder schon in frühester Jugend) in der Konstitution geschwächt und teilweise noch durch Inzucht geschädigt ist.

Tabelle 1.

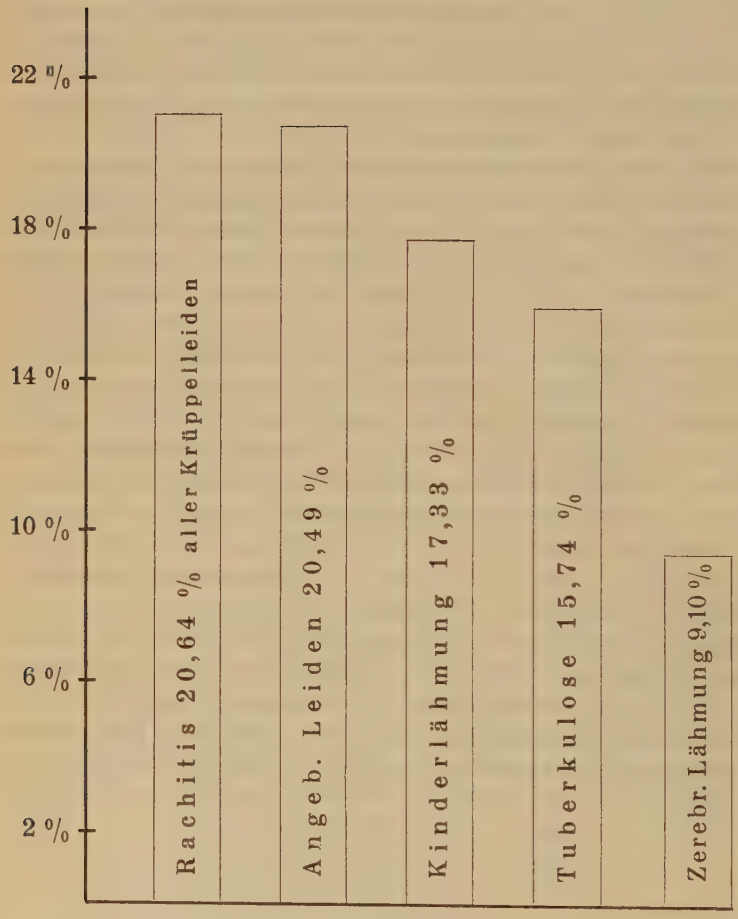

22 %
18 %
14 %
10 %
6 %
2 %
Rachitis 20,64 % aller Krüppelleiden
Angeb. Leiden 20,49 %
Kinderlähmung 17,33 %
Tuberkulose 15,74 %
Zerebr. Lähmung 9,10 %

Tabelle 2.

Landeskommissärbezirke	Einwohner		Krüppel insgesamt		Tuberkulose		Rachitis		Zerebrale Lähmung		Kinderlähmung		Angebor. Leiden		Uebrige Leiden	
	männl.	weibl.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Konstanz	165 745	171 763	512	445	93	78	49	118	54	31	88	82	109	82	119	54
Freiburg	288 313	311 685	753	631	158	98	105	150	84	59	119	111	139	129	148	84
Karlsruhe	319 911	347 742	800	811	142	131	136	229	76	60	163	138	160	174	123	79
Mannheim	341 508	365 795	851	788	91	89	146	221	90	55	150	118	176	177	198	128
	1 115 477	1 196 985	2 916	2 675	484	396	436	718	304	205	520	449	584	562	588	345
insgesamt	2 312 462		5 591		880		1 154		509		969		1 146		933	

Tabelle 3.

	Konstanz	Freiburg	Karlsruhe	Mannheim
Krüppel insgesamt	957	1 384	1 611	1 639
Angeborene Leiden	19,95 %	19,36 %	20,73 %	21,53 %
Rachitis	17,45 %	18,42 %	22,65 %	22,39 %
Kinderlähmung	17,76 %	16,61 %	18,68 %	16,35 %
Zerebrale Lähmung	8,88 %	10,33 %	8,44 %	8,84 %
Tuberkulose	17,86 %	18,49 %	16,94 %	10,98 %
Uebrige Leiden	18,07 %	16,76 %	12,54 %	19,89 %

Tabelle 4. (1. Teil)

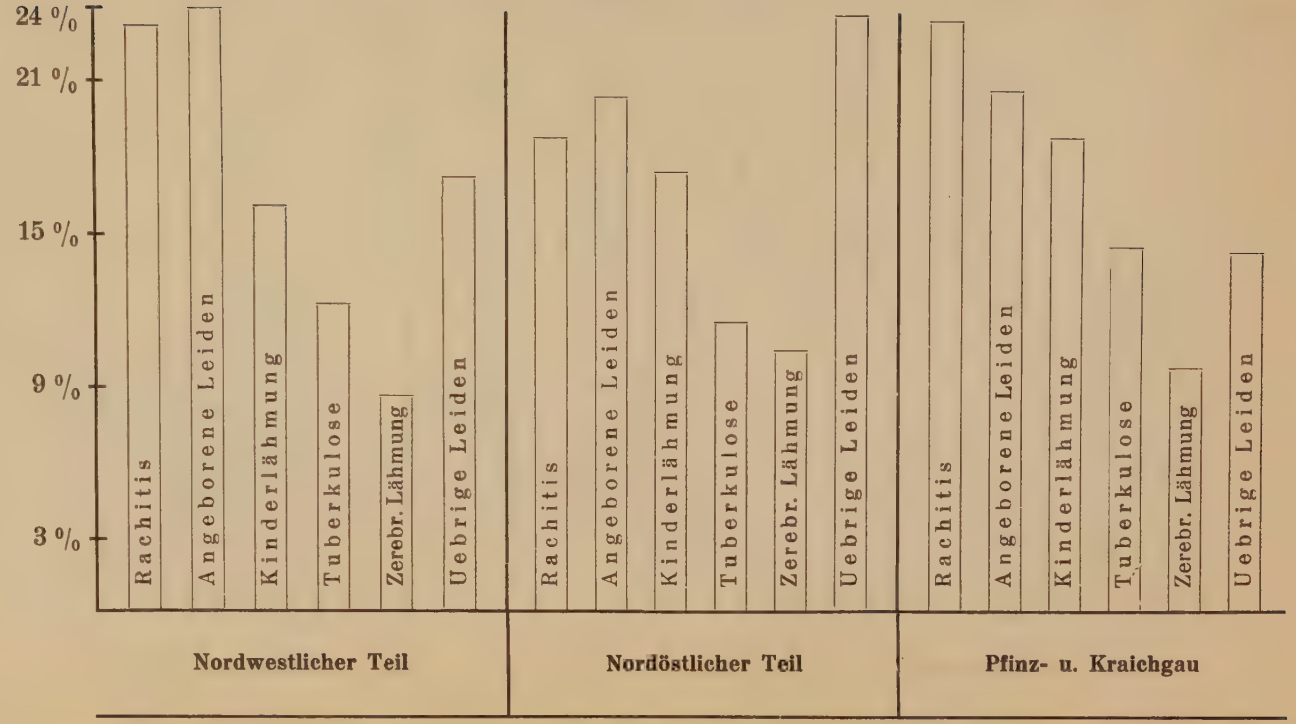
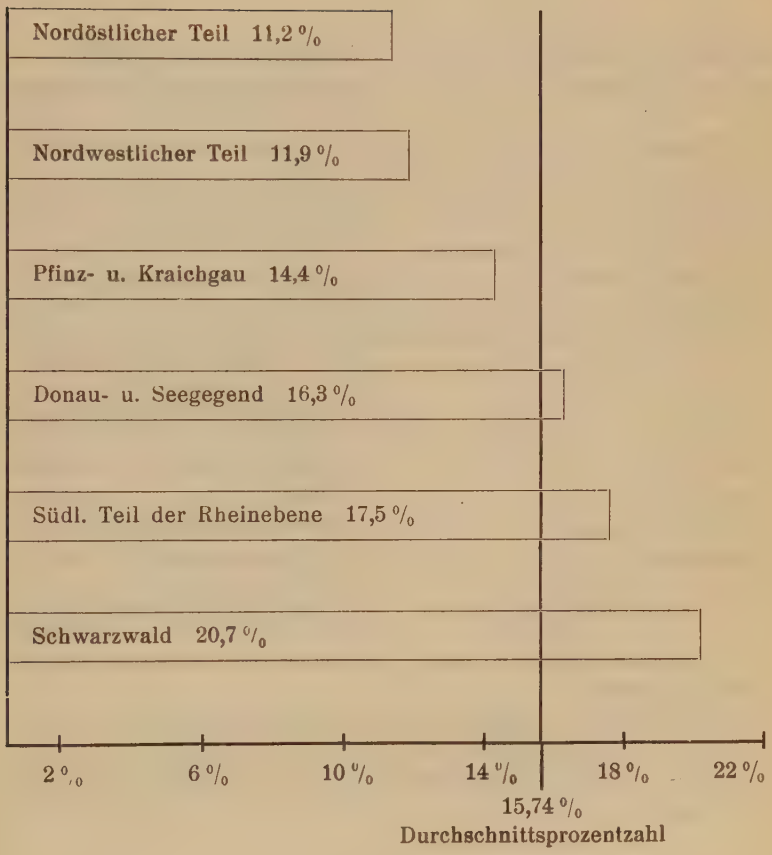


Tabelle 4. (2. Teil)

Tabelle 5.

Tuberkulose



Literatur.

Ammon:	Anthropologie der Badener.
Bauer, Fischer, Lenz:	Grundriß der Erblichkeitslehre und Rassenhygiene.
Eckhardt:	Z. Krüppelfürsorge 1930 Bd. 23 S. 233.
Feer:	Lehrbuch der Kinderheilkunde.
Fehrle:	Badische Volkskunde.
Fischer, Eugen:	Das Großherzogtum Baden. Urgeschichte und Anthropologie.
Fischer, Leopold u. Tenckhoff:	Die ätiologischen Momente für das Auftreten des engen Beckens im Kreise Freiburg.
Krieger:	Oberdeutsche Zeitschrift für Volkskunde, 4. Jahrgang 1930.
Lenz:	Erblichkeitslehre und Rassenhygiene.
Storck:	Die Zahl in der Orthopädie.
Valentin:	Z Krüppelfürsorge 1930 Bd. 23 S. 299.
Valentin u. Tillmanns:	Z. orthop. Chir. 1931 Bd. 55 S. 23

„Die Gebrechlichen in Baden“, bearbeitet vom Badischen Statistischen Landesamt.

Die statistischen Angaben über Einwohnerzahlen und über Oberflächengestaltung des badischen Landes sind der „Badischen Gemeindestatistik“ und dem „statistischen Jahrbuch für das Land Baden“ entnommen.

Lebenslauf.

Am 26. August 1906 bin ich, Paul Georg Döring, in Angermünde (Provinz Brandenburg) als Sohn des Kaufmanns Paul Döring geboren.

Nach Eintritt in das schulpflichtige Alter besuchte ich zunächst die Höhere Knabenschule meiner Heimatstadt, später das Uckermärkische Realgymnasium Angermünde. Von letzterem wurde ich am 17. März 1926 mit dem Zeugnis der Reife entlassen.

Das medizinische Studium begann ich an der Universität Freiburg im Breisgau (S. S. 1926 und W. S. 1926/27); während der folgenden beiden vorklinischen Semester studierte ich in Würzburg, wo ich im Februar 1928 das medizinische Vorexamen ablegte. Die klinischen Semester hörte ich an den Universitäten Innsbruck (S. S. 1928), München (W. S. 1928/29), Wien (S. S. 1929), Heidelberg (W. S. 1929/30), die beiden letzten Semester (S. S. 1930 und W. S. 1930/31) wieder in München, wo ich am 25. Juni 1931 vor der ärztlichen Prüfungskommission das medizinische Staatsexamen bestand. Seit 1. August 1931 bin ich als Medizinalpraktikant an der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg-Schlierbach.